

Chrzanów,r.

DATA

.....
IMIĘ, NAZWISKO

.....
ADRES

.....
TELEFON

.....
NUMER EWIDENCYJNY

Zarząd Związku Międzygminnego
„Gospodarka Komunalna”
odpady@zmgk.chrzanow.pl
(32) 62-32-908 wew. 24
533-348-681 lub 533-348-682

REKLAMACJA

na jakość świadczonej usługi odbioru odpadów komunalnych

INFORMACJE O POJEMNIKU

Rodzaj pojemnika (zaznaczyć właściwe):

- Pojemnik na bioodpady
 Pojemnik na odpady zmieszane

Pojemność pojemnika (zaznaczyć właściwe):

- 120 l
 240 l
 400 l

Data powstania uszkodzenia pojemnika:

.....

Data zgłoszenia informacji do firmy świadczącej usługę:

.....

Data udzielenia odpowiedzi przez firmę:

.....

OPIS REKLAMACJI

.....
.....
.....

.....
PODPIS